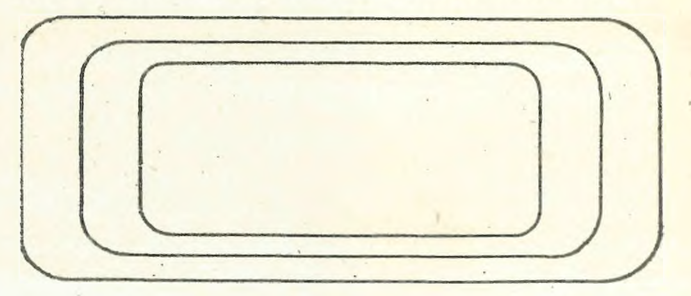
ОРГАН МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР



СОВЕТСКАЯ МЕДИЦИНА

11 1980

Ежемесячный
научно-практический журнал
Основан в 1937 г.





МОСКВА · МЕДИЦИНА · 1980

нию вирусов группы герпес, вопросов иммунологии, эпидемиологии, а также раннего выявления и лечения лейкозов. Было заслушано много докладов. Значительное место занимали сообщения, связанные с рассмотрением вопросов вирусологии и иммунодиагностики лейкозов. Многочисленные сообщения симпозиума свидетельствуют в пользу коканцерогенной роли вирусов в лейкозной трансформации кроветворных клеток человека, успешном культивировании стволовых клеток костного мозга человека.

На симпозиуме было четко продемонстрирована необходимость дальнейшего развития нового иммунологического направления исследований при остром лейкозе человека.

Указанные форумы явились большим событием в развитии советского здравоохранения, наметили пути разработки наиболее актуальных направлений научно-исследовательских работ в области гематологии и трансфузиологии в одиннадцатой пятилетке.

В. В. Кочемасов, А. А. Сафарова, В. О. Саутина (Москва)

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

Социальная гигиена и организация здравоохранения — **Social Hygiene and Health Service Organization**

Заметки из практики — **Clinical Notes**

Научная жизнь — **Scientific Life**

Техн. редактор *О. В. Куперман* Корректор *Н. П. Фокина*

Сдано в набор 02.10.80. Подписано в печать 27.10.80. Т-18828 Формат 70×108 1/16
Бумага тип. № 2 Гарнитура литературная Печать высокая Печ. л. 8,0+печ. л. вкл. 0,25
усл. печ. л. 11,55 Уч.-изд. л. 13,53 Тираж 19 852 экз. Цена 40 коп. Заказ 2455

Издательство «Медицина». Москва 101838, Петроверигский пер., 6/8.
Чеховский полиграфический комбинат Союзполиграфпрома
Государственного комитета СССР
по делам издательств, полиграфии и книжной торговли
г. Чехов Московской области

лости) тромба. Быстрое и массивное тромбообразование в венах малого таза с наличием рыхлости тромбов при клинически не выявляемых нарушениях кровообращения в нижних конечностях и воспалительных изменениях в стенках вен, как свидетельствует наш опыт, может возникать и на фоне активного режима и клинически спокойного течения послеоперационного периода. Все это позволяет считать необходимым разработку простых, доступных и эффективных методов диагностики раннего тромбоза вен малого таза. В свою очередь появление подобных методов диагностики позволит индивидуализировать методы общей и специфической профилактики тромбоэмболических осложнений, в том числе рационально индивидуализировать двигательный режим.

ЛИТЕРАТУРА

Баскаков В. П., Туманов И. П., Цвелев Ю. В. — Акуш. и гин., 1977, № 12, с. 29—32.

Ardelt W., Ditrich A., Bolze H. — Geburtsh u. Frauenheilk., 1974, Bd 34, S. 664—669.

Baertschi U., Schaer A., Bader P. et al. — Ibid., 1975, Bd 35, S. 754—760.

Butterman I. A., Weidenbach A., Gmeineler F. — Ibid., 1978 Bd 38, S. 98—104.

McCarthy T. G., McQueen I., Iohnstone F. D. et al. — Obstet. and Gynec., 1974, v. 81, p. 486—491.

Räler G., Canzler E., Lutze G. et al. — Zbl. Gynäk., 1978, Bd 100, S. 946—953.

Поступила 21/V 1979 г.

УДК 616.831-005-036.11-02:616.89-008.441.13

В. Н. Ключиков, И. К. Тарасюк

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ, ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ЛИЦ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ

Клиника нервных болезней (зав. — проф. З. С. Манелис, научный консультант — проф. В. Н. Ключиков) Ярославского медицинского института, неврологическое отделение Городской больницы № 8 (главный врач Е. Н. Мельников)

Состояние сосудистой системы при алкоголизме издавна является предметом внимания клиницистов (С. С. Корсаков; Н. В. Петров; Krafft-Ebing; Cabot). За последние десятилетия увеличилось количество исследований, указывающих на значение алкогольной интоксикации как фактора риска в развитии атеросклероза и гипертонической болезни (Л. М. Розенштейн; А. Липманович и С. Суботник; И. М. Рыбаков; И. В. Стрельчук; А. Г. Гукасян; Г. П. Колупаев; Wilens), которые часто осложняются острыми нарушениями мозгового кровообращения. Лишь в последнее время появились единичные работы, посвященные влиянию алкогольной интоксикации на возникновение и течение мозговых инсультов (А. П. Демичев; Г. А. Пенязева; М. Г. Берлага; И. К. Тарасюк). Мало уделяется внимания особенностям профилактики и лечения этой группы больных в остром периоде инсульта, и совсем не освещен вопрос о рациональных реабилитационных мероприятиях в отдаленном периоде.

Как известно, влияние алкоголя отражается на всех функциональных уровнях жизнедеятельности организма (И. Н. Пятницкая и соавт.). При алкогольной интоксикации происходит нарушение сосудистого тонуса, увеличение проницаемости стенки сосудов и понижение их эластичности, нарушение коагулирующих свойств крови и микроциркуляции, развитие отека мозга и др. Вместе с тем показано, что алкоголь, являясь протоплазматическим и ферментативным ядом, при длительном воздействии приводит к нарушению окислительно-восстановительных процессов и недостатку кислорода в организме, причем раньше других страдают клетки головного мозга (А. М. Чарный; И. Р. Петров).

Нами изучены особенности возникновения и течения мозговых инсультов у 544 больных мужчин в возрасте от 27 до 80 лет (специального подбора больных не производилось). На фоне гипертонической болезни инсульт развился у 264 больных, церебрального атеросклероза в сочетании с артериальной гипертензией — у 79, без артериальной гипертензии — у 170, прочие причины — у 11. У 20 больных этиологический фактор не был установлен, все они также злоупотребляли алкоголем.

В результате тщательного изучения объективного и субъективного анамнеза удалось установить, что 187 (34,4 %) больных (1-я группа) систематически злоупотребляли алкоголем (не реже 2—3 раз в неделю в больших количествах). 2-ю группу составили 144 (26,4 %) больных, которые употребляли алкогольные напитки от 1 раза в неделю до 1—2 раз в месяц в более умеренных количествах. В 3-ю (контрольную) группу были включены 213 (39,2 %) больных, не употреблявших спиртных напитков или употреблявших их редко, случайно и в небольших количествах. У 189 (34,6 %) больных инсульт развился вскоре (от нескольких часов до 1—2 сут) после употребления алкоголя. Кроме клинического обследования больных, изучались динамика артериального давления и состояние глазного дна, исследовалась спинномозговая жидкость. Из 100 умерших 91 подвергся секционному

исследованию. Проводилось клинико-катамнестическое изучение 423 больных, перенесших инсульт на протяжении от 1 до 4 лет, с целью выяснения их выживаемости и возможности восстановления нарушенных функций.

Большинство больных злоупотребляли алкоголем 10 лет и более. Особенно неблагоприятное влияние на возникновение мозгового инсульта оказывала острая алкогольная интоксикация в сочетании с хронической. У таких больных инсульт чаще возникал в течение 2 сут после употребления алкоголя, а если он развивался в первые 36 ч после опьянения, то отличался особенно тяжелым течением. Это, возможно, объясняется сочетанием воздействия алкоголя и продуктов его распада на нейроциркуляторные и нейрогуморальные механизмы регуляции мозгового кровообращения.

У систематически злоупотреблявших алкоголем инсульты чаще развивались в более молодом возрасте. Так, средний возраст больных 3-й (контрольной) группы к моменту возникновения мозгового инсульта составил 58,6±0,6 лет, в 1-й группе — 48,3±0,7 лет, во 2-й группе — 54,6±0,8 лет. Кроме того, у больных 1-й группы острые нарушения мозгового кровообращения развивались в более ранние сроки после начала проявлений основного сосудистого заболевания. Так, при гипертонической болезни в сроки до 5 лет в 1-й группе мозговые инсульты развились у 53,7 % больных, а в 3-й — только у 34,4 %; при атеросклерозе — соответственно у 43 и 27,5 %.

Ишемические инсульты преобладали над геморрагическими в $3^1/_2$ раза (77,8 и 22,2 %), однако имелась существенная разница этого соотношения в разных группах больных. В 3-й группе отмечалось более значительное преобладание ишемических инсультов над геморрагическими (в 6,3 раза) по сравнению с 1-й группой (в 1,8 раза). В 1-й группе геморрагические инсульты встречались значительно чаще, чем в 3-й, как в более молодом возрасте (до 49 лет), так и в более старшем (50—80 лет).

Наши наблюдения показали, что в острейшем периоде инсульта психомоторное возбуждение и судорожные припадки в 2—3 раза чаще встречались в 1-й группе по сравнению с 3-й при всех видах острых нарушений мозгового кровообращения.

Наряду с более тяжелым клиническим течением инсультов у систематически пьющих отмечалась и более высокая летальность. Из 544 больных с острым нарушением мозгового кровообращения умерли в стационаре 100 (18,4 %). Летальность в 1-й группе оказалась в $1^1/_2$ раза выше, чем в 3-й (22,9 и 15 %), несмотря на то что средний возраст этих больных был моложе на 10 лет; среди больных 2-й группы летальность составила 17,4 %. Самой высокой (29 %) летальность была среди больных 1-й группы, у которых мозговой инсульт развился в состоянии острой алкогольной интоксикации. В этой группе была не только более высокая летальность, но и более ранние сроки смерти после возникновения инсульта.

При анализе артериального давления в острейшем периоде ишемического инсульта было выявлено, что в 1-й группе больных, которые накануне инсульта алкогольных напитков не употребляли, артериальное давление находилось на более низком уровне по сравнению с 3-й группой как при гипертонической болезни, так и при атеросклерозе. Подобные результаты, полученные в эксперименте другими исследователями (В. А. Опалева-Стеганцева и соавт.), объяснялись наличием гипокортицизма и истощением миокардиальных запасов катехоламинов под влиянием хронической алкогольной интоксикации. У больных как с ишемическим, так и с геморрагическим инсультом, которому предшествовала острая алкогольная интоксикация, среднее артериальное давление при атеросклерозе оказалось более высоким по сравнению с теми больными 1-й группы, которые накануне инсульта алкогольных напитков не употребляли. Повышение артериального давления при острой алкогольной интоксикации и понижение его у лиц, систематически злоупотребляющих алкоголем, Г. Е. Езриелев объясняет двухфазным действием алкоголя на сердечно-сосудистую систему: в острой фазе алкогольного опьянения возникает прессорная реакция, а в дальнейшем под влиянием ацетальдегида (продукта распада алкоголя) развивается депрессорная реакция.

Офтальмологические исследования больных позволили выявить в 1-й группе по сравнению с 3-й учащение застойных явлений на глазном дне, а также резко выраженный ангиоспазм сетчатки. При ишемическом инсульте у больных 1-й группы по сравнению с 3-й отмечалось также более высокое содержание белка в ликворе (0,40+0,2 г/л и 0,33+0,01 г/л; $P<0,05$). Кроме того, при том же инсульте у больных 1-й группы при развитии его на фоне острой алкогольной интоксикации имелось достоверное $P<0,05$) повышение ликворного давления.

При клинико-катамнестическом наблюдении за 423 больными в течение 1—4 лет после развития инсульта установлено, что летальность от повторного нарушения мозгового кровообращения была самой высокой в 1-й год катамнестического наблюдения (6,6 %), увеличиваясь в дальнейшем на 2,2—3,6 %, и за 4 года составила 14,2 %. Наиболее высокой летальность оказалась в 1-й группе (20 %), наименьшей (11,1 %) — в 3-й. Выживаемость больных в среднем колебалась от 93,4 % в 1-й год наблюдения до 97,9 % в 4-й год. В 1-й группе больных выживаемость после инсульта была ниже (с 89 % в 1-й год наблюдения до 95,8 % в 4-й). В пересчете на 1000 больных в 1-й группе доживали до 4-го года 800 (80 %), в 3-й — 889 (88,9 %). Восстановление нарушенных функций в основном происходило в первые 2 года после инсульта. Число больных с полным или почти полным восстановлением нарушенных функций в 1-й группе по сравнению с 3-й было меньше во все годы наблюдения. Увеличение чи

ла таких больных среди систематически пьющих по сравнению с непьющими было замедленным.

В целях профилактики сосудистых заболеваний и снижения летальности от острых нарушений мозгового кровообращения проводили следующие мероприятия: при диспансеризации сосудистых больных особое внимание уделяли раннему выявлению лиц, злоупотребляющих алкоголем, и старались создавать у таких больных установку на полное воздержание от употребления алкоголя. Эту группу больных мы рассматривали как группу с повышенным риском в отношении возникновения мозгового инсульта. С другой стороны, совместно с наркологами проводились наблюдения за лицами, страдающими хроническим алкоголизмом, в сочетании с сосудистыми заболеваниями, осуществлялась комплексная профилактика цереброваскулярных расстройств. По нашим данным, условнорефлекторная терапия этой группе больных противопоказана, так как возникающая во время сеансов рвота может спровоцировать гемодинамические нарушения в головном мозге, а также противопоказано лечение тетурамом.

Лечение основного сосудистого заболевания проводилось по общим принципам терапии в зависимости от его характера и состояния больного. Наряду с внушением о необходимости полного воздержания от употребления алкогольных напитков в комплексе лечебных мероприятий включили сернокислую магнезию, массивные дозы витаминов — внутрь, перорально. Проводилась комплексная витаминотерапия (аскорбиновая и никотиновая кислоты, рутин и витамины группы В) с целью уменьшения проницаемости стенки сосудов мозга, дезинтоксикации и повышения реактивности организма. Кроме того, этим больным старались назначать длительно йодистые препараты, диоспонин или полиспонин.

Большое значение в лечении мозговых инсультов при алкогольной интоксикации придавали борьбе с отеком мозга с учетом того, что при хронической алкогольной интоксикации отмечается недостаточность функции надпочечников (гипокортицизм): в комплекс дегидратирующей терапии включали предложенные И. Н. Пятницкой и соавт. препараты глюкокортикоидов и их аналогов в виде струйного внутривенного введения до 100 мг гидрокортизона гемисукцината или 30 мг преднизолона. Для поддержания баланса кислорода в организме, особенно в тяжелых случаях инсульта, исключительное значение придавали активной оксигенотерапии, применению оксибутирата натрия, учитывая, что препарат повышает устойчивость ткани мозга и сердца к гипоксии и является хорошим средством для профилактики гипоксического отека мозга. Для снятия психомоторного возбуждения оправдало себя внутривенное введение магния сульфата, седуксена, а также внутримышечное введение дроперидола.

Процессы восстановления нарушенных функций у таких больных обычно происходят очень медленно, поэтому целесообразно возможно раньше подключать элементы трудовой терапии и в первую очередь обучение больного самообслуживанию.

Широкое применение указанных мероприятий по профилактике и лечению больных с цереброваскулярной патологией при алкогольной интоксикации позволит уменьшить частоту инсультов при гипертонической болезни, церебральном атеросклерозе и других сосудистых заболеваниях. Они помогут предотвратить у этой группы больных утяжеление клинического течения мозговых инсультов, улучшить прогноз и снизить летальность.

ЛИТЕРАТУРА

Берлага М. Р. — Ж. невропатол. и психиатр., 1975, № 6, с. 857—860.

Гукасян А. Г. Хронический алкоголизм и состояние внутренних органов. М., 1968.

Демичев А. П. — В кн.: Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. 4-й. Тезисы докладов. М., 1963, с. 259—260.

Езриелев Г. И. Новые аспекты патогенеза алкоголизма. Л., 1975.

Колупаев Г. П. Особенности клиники и течения церебрального атеросклероза с психическими нарушениями у больных хроническим алкоголизмом. Автореф. дис. канд. М., 1965.

Корсаков С. С. Курс психиатрии. М., 1893.

Липманович А., Суботник С. — Клин. мед., 1935, т. 13, № 6, с. 843—850.

Опалева-Стеганцева В. А., Гаврилова И. А., Никифорова Р. С. — Судебн. мед. эксперт., 1969, № 12, с. 6—7.

Петров И. Р. Роль центральной нервной системы, аденогипофиза и коры надпочечников при кислородной недостаточности. Л., 1967.

Петров Н. В. — Ж. русск. о-ва охраны народного здравия, 1902, № 9—10, с. 415—471.

Пенязева Г. А. — В кн.: Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. 3-й. Тезисы докладов. М., 1974, т. 3, с. 260—261.

Пятницкая И. Н., Карлов В. А., Элконин Б. Л. Терапевтические и неврологические проявления алкоголизма. М., 1977.

Пятницкая И. Н., Карлов В. А., Элконин Б. Л. Терапевтические и неврологические проявления алкоголизма. М., 1977.

Рыбаков И. М. — В кн.: Всесоюзное совещ. по гипертонической болезни. Под ред. В. Ф. Зеленина. Труды. Горький, 1947, с. 184—197.

Стрельчук И. В. — Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. 4-й. Труды, т. I, вып. I, М., 1965, с. 321—328.

Тарасюк И. К. Влияние алкогольной интоксикации на возникновение и течение острых нарушений мозгового кровообращения. Автореф. дис. канд. М., 1978.

Чарный А. М. Патофизиология гипоксических состояний. 2-е изд. М., 1961.

Cabot R. C. — J. A. M. A., 1904, v. 43, p. 774—775.

Krafft-Ebing R. Lehrbuch der Psychiatrie. Wien, 1903.

Wilens S. L. — J. A. M. A., 1947, v. 135, p. 1136—1139.

Поступила 8/IV 1980 г.